IX kadencja



KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **KOMISJI ZDROWIA**
(NR 152)
z dnia 8 marca 2022 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Zdrowia (nr 152)

8 marca 2022 r.

Komisja Zdrowia, obradująca pod przewodnictwem posła **Tomasza Latosa (PiS)**, przewodniczącego Komisji, rozpatrzyła:

– informację na temat stanu transplantologii w Polsce oraz podsumowanie funkcjonowania „Narodowego programu rozwoju medycyny transplantacyjnej".

W posiedzeniu udział wzięli: **Maciej Miłkowski** podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Marcin Martyniak** szef Gabinetu Politycznego Ministra Zdrowia, **Alicja Dębska-Ślizień** prezes Polskiego Towarzystwa Transplantacyjnego, **Ryszard Gellert** konsultant krajowy w dziedzinie nefrologii**, Jadwiga Hermanowicz-Gadomska** prezes Fundacji Serce Anielki, **Artur Kamiński** dyrektor Poltransplantu, **Grzegorz Wieczorek** główny specjalista kontroli państwowej w Departamencie Zdrowia Najwyższej Izby Kontroli.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Małgorzata Siedlecka-Nowak**, **Jakub Stefański** oraz **Monika Żołnierowicz-Kasprzyk** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dzień dobry. Witam państwa bardzo serdecznie. Chciałbym najmocniej przeprosić za opóźnienie, które najpierw było spowodowane przedłużającym się rozpoczęciem Sejmu z głosowaniami – stąd pierwsza część pewnego opóźnienia. Druga, to też spieszę z wyjaśnieniem, jest związana z zmianą kolejności porządku obrad na sali plenarnej. Mianowicie punkt dotyczący wyrobów medycznych, na którym rząd jest reprezentowany przez pana ministra Miłkowskiego, który miał być obecny również na posiedzeniu tej Komisji, bo zajmuje się również problematyką związaną z transplantologią, został przeniesiony z godzin południowych czy popołudniowych na teraz, na rano. Z tego powodu przez chwilę były pewne ustalenia, w jaki sposób będziemy dalej pracować.

Myślę, że w zgodzie z osobami, które są na sali, uznaliśmy, że nie chcemy odwoływać dzisiejszego posiedzenia Komisji. Sprawa jest niezwykle ważna. Jest osoba, która reprezentuje resort, jest również szef Poltransplantu. Uznaliśmy, że w składzie, który jest w tej chwili, będziemy prowadzić dyskusję, a jeżeli pan minister Miłkowski zdąży pod koniec posiedzenia Komisji dołączyć do nas, to wtedy dołączy ewentualnie na koniec dyskusji. Uznaliśmy, że ta problematyka jest tak ważna, że błędem byłoby odkładanie tego w czasie na kolejne tygodnie. To tyle tytułem wyjaśnienia.

Szanowni państwo, mam następującą propozycję. Zanim sprawdzimy kworum, ze względu na sytuację na Ukrainie – to jest nasze pierwsze posiedzenie w dniu dzisiejszym, będziemy jeszcze mieli kolejne – proponuję, abyśmy chwilą ciszy uczcili pamięć ofiar wojny na Ukrainie.

Dziękuję bardzo. Szanowni państwo, przejdźmy teraz do sprawdzenia kworum. Bardzo proszę o wciśnięcie dowolnego przycisku.

Stwierdzam kworum. Proponuję, aby głosowanie nad kworum było otwarte jeszcze przez jakiś czas. Szanowni państwo, w takim razie raz jeszcze otwieram posiedzenie Komisji Zdrowia. Witam członków Komisji. Witam przedstawicieli resortu oraz zaproszonych gości. Posiedzenie będzie prowadzone z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej umożliwiających porozumiewanie się na odległość. Porządek dzisiejszego posiedzenia przewiduje rozpatrzenie informacji na temat stanu transplantologii w Polsce i podsumowanie funkcjonowania „Narodowego programu rozwoju medycyny transplantacyjnej". Czy są uwagi do porządku dziennego? Nie widzę. Stwierdzam, że porządek dzienny został przyjęty.

Przechodzimy zatem do realizacji porządku dziennego. Bardzo proszę przedstawiciela ministerstwa o zabranie głosu.

Proszę uprzejmie, niech się pani przedstawi do mikrofonu. Bardzo proszę.

Naczelnik Wydziału Transplantologii i Krwiolecznictwa w Departamencie Oceny Inwestycji Ministerstwa Zdrowia Magdalena Kramska:

Dziękuję. Dzień dobry, witam serdecznie. Magdalena Kramska, naczelnik Wydziału Transplantologii i Krwiolecznictwa w Departamencie Oceny Inwestycji Ministerstwa Zdrowia.

Odnosząc się do tematu, o którego przygotowanie poprosiliście państwo na dzisiejsze posiedzenie Komisji Zdrowia, w części pierwszej dotyczącej stanu transplantologii, stanu medycyny transplantacyjnej w Polsce, w największym skrócie należałoby zacząć od tego, że niestety medycyna transplantacyjna – jak wszystkie inne obszary medycyny – dosyć mocno ucierpiała w związku z pandemią wirusa COVID-19. W załączonych, dosyć obszernych, materiałach, które państwo otrzymaliście, jest analiza z uwzględnieniem szczególnie 2020 r. i 2021 r.

Widzieliśmy się na posiedzeniu Komisji Zdrowia w 2020 r., kiedy prezentowaliśmy wcześniejsze dane, również dosyć obszernie. W związku z tym wszelkie wcześniejsze dane były państwu prezentowane tam. Porównując statystyki, to, co przede wszystkim zidentyfikowaliśmy, to jest znaczący spadek, jeżeli chodzi o liczbę identyfikowanych zgłaszanych dawców narządów, co w dosyć oczywisty sposób koreluje później z liczbą wykonywanych przeszczepień. Taka jest specyfika tej metody czy tej gałęzi medycyny, która dosyć silnie uzależnia możliwość wykonania świadczeń od dostępności narządów. Z kolei te świadczenia przez odpowiednie programy identyfikacji dawcy powinny działać w tak zwanych szpitalach donacyjnych.

Dlaczego zaobserwowaliśmy tak duże spadki w okresie covidowym? Przede wszystkim dlatego, że dawców identyfikujemy na oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii. Te oddziały w czasie pandemii były dedykowane zabezpieczeniu pacjentów covidowych. W związku z tym priorytet na tych oddziałach nie skupiał się na tym, aby identyfikować dawców. Kolejnym istotnym kryterium, jakie trzeba wziąć pod uwagę, jest również to, że zwiększyliśmy poziom zabezpieczenia, jeżeli chodzi o jakość, bezpieczeństwo pozyskiwanego materiału przeszczepowego. W związku z tym każdy podejrzany o narażenie na zakażenie wirusem SARS-CoV-2 był dyskwalifikowany z powodów medycznych i nierozpatrywany jako potencjalny dawca narządów. To w dosyć prosty sposób – to też będziecie państwo widzieć po tych statystykach – niestety przełożyło się na mniejszą liczbę przeszczepień narządów, którą zaobserwowaliśmy w tych latach.

Spadki odnotowaliśmy szczególnie w obszarze przeszczepienia nerki i wątroby. W przypadku nerki wynikało to chociażby z zaleceń konsultanta krajowego, które pojawiły się na początku pandemii. Mówiły one o tym, żeby ograniczyć przeszczepienia tylko do tych klinicznie pilnych. Natomiast to, co dla nas również było pewnym zaskoczeniem, ale też dużym sukcesem i powodem do radości, to była rekordowa liczba przeszczepień serca albo ogólnie narządów klatki piersiowej, w tym serca – 200 przeszczepień w zeszłym roku, jak również największa dotychczas liczba przeszczepionych płuc. W obszarze płuc – o tym też będę chciała państwu powiedzieć trochę bardziej szczegółowo przy omawianiu „Narodowego programu rozwoju medycyny transplantacyjnej”, bo tam zostały przewidziane pewne dedykowane narzędzia właśnie dla biorców płuc w charakterze inwestycyjnym. Jednak nie ulega wątpliwości, że mniejsza liczba dawców przełożyła się na spadek liczby przeszczepień.

Patrząc na te dwa lata, zaobserwowaliśmy jeszcze, że pomimo zmniejszonej liczby dawców liczba przeszczepień nie zmniejszyła się aż tak drastycznie, jak mogłaby się zmniejszyć. Spowodowane było to różnego rodzaju działaniami, pewnymi czynnikami motywacyjnymi – również dla koordynatorów transplantacyjnych – które spowodowały, że w momencie identyfikacji zmarłego dawcy protokoły były sformułowane w ten sposób, aby pobrać jak największą liczbę narządów od tego konkretnego dawcy i w ten sposób wyrównać w pewien sposób niedobory właśnie mniejszą liczbą dawców. W tym okresie

ten wskaźnik wzrósł – to też państwo w tych materiałach będziecie widzieli. W 2018 r. wskaźnik wynosił 2,9, natomiast w 2021 roku już 3,4.

To też jest pewien symptom, obserwowany nie tylko u nas, że w sytuacji niedoboru, jeżeli chodzi o dawców, wykorzystanie już zidentyfikowanych staje się w wyniku zaimplementowanych odpowiednich protokołów trochę lepsze. Obserwowaliśmy tę sytuację, zastanawiając się cały czas, co możemy zrobić, żeby w jakiś sposób w tej sytuacji przeciwdziałać. Rzeczy, na które mieliśmy wpływ, to pewne działania w zakresie sieci koordynatorów transplantacyjnych, ale również pewnego rodzaju dodatkowe programy, które są szczególnie dedykowane dla obszaru dawstwa, o których warto byłoby wspomnieć w tym miejscu.

W 2021 r. uruchomiliśmy taki projekt ze środków unijnych, który ma na celu opracowanie szpitalnych systemów jakości dawstwa, które docelowo będą implementowane w szpitalach z potencjałem donacyjnym, po to aby w szpitalach w sposób prawidłowy – zakładając oczywiście, że sytuacja na oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii będzie na to obiektywnie pozwalać – zaimplementować odpowiednie protokoły organizacyjne, procedury w szpitalu, które pozwolą efektywnie identyfikować wszystkich potencjalnych dawców narządów, tak aby docelowo zwiększać liczbę dostępnych do przeszczepienia narządów.

Przechodząc do drugiej części dzisiejszego porządku obrad, czyli podsumowania funkcjonowania „Narodowego programu rozwoju medycyny transplantacyjnej”, to w pierwszej kolejności chciałabym zaznaczyć, że możemy mówić o podsumowaniu programu za pewien okres. Biorąc pod uwagę dane, które przedstawialiśmy państwu w 2020 r., przygotowaliśmy podsumowanie za lata 2020–2021, ponieważ program jeszcze się nie skończył. Program formalnie będzie trwał do końca 2022 r. Na ten rok udało nam się zabezpieczyć dodatkowe środki w tym programie. Budżet roczny tego programu będzie wynosił 75 milionów, z podziałem na zadania inwestycyjne, na kontynuację dotychczasowych zadań strategicznych, takich właśnie jak rozwój sieci koordynatorów transplantacyjnych, ale także wspieranie świadczeń niefinansowanych z innych źródeł, które wspomagają również procesy przeszczepienia, takie jak diagnostyka, prowadzenie biorcy wysoko immunizowanego.

Kluczowe zadania może nie brzmią bardzo spektakularnie, ale są niezbędne do tego, aby przeszczepienia mogły się sprawnie odbywać, tak naprawdę warunkują w ogóle możliwość wykonania tych przeszczepień. W związku z tym trudno jeszcze mówić o podsumowaniu całego programu, bo ten temat jest w dalszym ciągu otwarty.

Jeżeli chodzi o podsumowanie tego dwuletniego okresu, czyli 2020–2021, chciałabym skupić się przede wszystkim na 2021 r., bo tam już staraliśmy się w uwzględnić sytuację covidową i w sposób odpowiedni reagować na główne, zidentyfikowane problemy. Tak jak państwu mówiłam, pierwszym z nich jest mniejsza liczba dawców. W związku z tym zmieniliśmy program i przyjęliśmy dedykowane zadanie dla oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii. To było zadanie o charakterze inwestycyjnym, w ramach którego oddziały z najbardziej aktywnymi programami donacyjnymi, czyli takie, w których zidentyfikowano największą liczbę dawców w okresie 2017–2019, otrzymały wsparcie finansowe na zakup sprzętu i aparatury medycznej według własnego uznania. Na to zadanie w zeszłym roku wydatkowano 17,5 mln zł. Również w tym roku to zadanie będzie kontynuowane, chociaż chcemy zmienić troszkę parametry, tak żeby uwzględnić również programy identyfikacji dawców tkankowych, bo o tym obszarze również nie możemy zapominać, chociażby w kontekście listy oczekujących na przeszczepienie rogówki.

Kolejnym zadaniem inwestycyjnym, które wspieraliśmy, był zakup sprzętu i aparatury dla oddziałów przeszczepiających płuca, co wiązało się właśnie bezpośrednio z sytuacją covidową i z faktem, że zidentyfikowaliśmy, że w związku z przybyciem zakażenia wirusem SARS-CoV-2 liczba oczekujących biorców na liście najprawdopodobniej ulegnie zwiększeniu przy jednoczesnym prawdopodobnym zmniejszeniu liczby dostępnych dawców, jeżeli chodzi konkretnie o płuca. W związku z tym wiodące ośrodki zostały wyposażone w sprzęt ECMO, mobilne, stacjonarne i inne sprzęty, które były kluczowe dla prowadzenia tych programów.

Trzecim obszarem, który zidentyfikowaliśmy również jako kluczowy, choć to też nie był do końca dobry moment właśnie z uwagi na sytuację pandemiczną i problemy z zakażeniami na oddziałach przeszczepiających, jest w dalszym ciągu rozwój programów żywego dawstwa. Dwóm wiodącym ośrodkom, które wykonują najwięcej takich procedur, w zeszłym roku zakupiliśmy kompleksowe wyposażenie, jeżeli chodzi o sprzęt do laparoskopowego pobierania nerek, czyli z najmniejszą szkodą i ryzykiem dla dawcy żywego, po to właśnie, aby tych procedur można było wykonywać więcej, bezpieczniej. Ale to też jest uzależnione właśnie od sytuacji pandemicznej.

Tak, jak mówiłam, dodatkowo w programie wykonuje się jeszcze inne zadania. Kluczowym zadaniem, które finansujemy od bardzo wielu lat w programie, jest rozwój sieci koordynatorów transplantacyjnych. Od 2021 r. zreorganizowaliśmy sieć koordynatorów. W tej chwili finansujemy wszystkich koordynatorów, którzy działają w przestrzeni transplantacyjnej, czyli koordynatorów donacyjnych w szpitalach, koordynatorów działających przy ośrodkach przeszczepiających, koordynatorów żywego dawstwa, hematologicznych, koordynatorów regionalnych, jak również koordynatorów centralnych pełniących 24-godzinne dyżury w Poltransplancie, po to właśnie, aby zabezpieczyć spójność, efektywność działania tej sieci, ale również uspójnić mechanizm wynagradzania. W 2019 r., jako taki właśnie mechanizm efektywnościowy, który przed pandemią, widać było, przynosił efekty, podwyższyliśmy wynagrodzenie koordynatorom donacyjnym za faktycznie pobrane narządy i tkanki, żeby nie było rozbieżności. Do tej sieci włączyliśmy również pozostałe grupy koordynatorów. Ze środków programu koordynatorzy przechodzą również szkolenia wstępne, ustawiczne, uzupełniające – zawsze wtedy, kiedy jest taka potrzeba. Takie szkolenia odbywają się raz do roku. W zeszłym roku przeznaczyliśmy na to zadanie, łącznie z finansowaniem sieci koordynatorów, około 3,5 mln zł. To zadanie oczywiście również będzie w tym roku kontynuowane.

Dodatkowo wśród istotnych zadań, które są realizowane w programie, jest projekt, który toczy się od 2018 r., czyli budowa ustawowych rejestrów transplantacyjnych. To zadanie zlecone przez ministra zdrowia – centrum e-zdrowia, które buduje nowy system rejestrów transplantacyjnych, po to aby w przyszłości zoptymalizować te procesy, odciążyć w pewien sposób zaangażowany personel medyczny, ale również zapewnić jakość i bezpieczeństwo przeszczepienia, jak również uzupełnić procesy, które w tej chwili są ręcznie obsługiwane. Planowany okres zakończenia, czas oddania tych rejestrów do użytku to 2023 r.

W ramach tych rejestrów budujemy też takie rzeczy, którymi wcześniej nie dysponowaliśmy. To jest też duży wysiłek techniczny, merytoryczny, który w przyszłości na pewno przyniesie dużą korzyść pacjentom, biorcom. To jest chociażby algorytm doboru dawcy i biorcy szpiku. To jest rzecz, przy której do tej pory posiłkowaliśmy się mechanizmami zewnętrznymi, natomiast w tej chwili będziemy w stanie taki algorytm i taki dobór przeprowadzać w systemie, w pewien sposób ułatwiając decyzje medyczne już na własnych narzędziach.

Kolejne zadania, które są realizowane – tak jak państwu mówiłam – to są procesy wspierające procedury przeszczepienia, czyli program monitorowania biorców wysokozimunizowanych, w ramach którego prowadzona jest diagnostyka; również dedykowane badania i później diagnostyka warunkująca powodzenie przeszczepienia. W ramach tego zadania uruchomiony jest program odczulania biorców nerek. To jest specyficzna, trudna od strony medycznej grupa pacjentów w tym sensie, że z uwagi na właściwości genetyczne trudno jest takiemu pacjentowi znaleźć odpowiedniego dawcę. W związku z tym zaimplementowaliśmy pewnego rodzaju procedury, żeby najpierw takiego pacjenta odpowiednio przygotować, odczulić, właśnie po to, żeby te osoby, które najdłużej czekają na narząd i nie są w stanie dostać go z powodów obiektywnych, medycznych, mogły uzyskać ten narząd.

Kontynuujemy oczywiście zadania dotyczące dotypowania dawców komórek krwiotwórczych na wysokim poziomie rozdzielczości po to, aby te procedury były jawne i sprawniej realizowane i aby powodzenie tego przeszczepienia było jak największe. Dodatkowo w przestrzeni okołoszpikowej uruchomiliśmy zadanie dotyczące leczenia choroby: przeszczep przeciw gospodarzowi. To jest jedna z poważniejszych chorób, która

następuje po przeszczepie komórek krwiotwórczych, chociaż nie tylko. W związku z tym dopóki to świadczenie nie zostanie przeniesione do koszyka świadczeń gwarantowanych, to jest ono na razie zabezpieczone w programie. To jest koszt około 6 mln w roku, i to też, biorąc pod uwagę, że tych procedur w zeszłym roku było troszkę mniej. Zazwyczaj na to zadanie dysponujemy budżetem około 10 mln.

Kolejnym zadaniem, które zawsze robi ogromne wrażenie, jest również finansowanie świadczeń, które nie są chwilowo ujęte w koszyku świadczeń gwarantowanych, czyli przeszczepy innowacyjne – tak zwane przeszczepienie twarzy, krtani, kończyny górnej czy jelita. W zeszłym roku mieliśmy bardzo duży sukces. To znaczy bardzo duży sukces miał ośrodek w Gliwicach, my byliśmy w stanie to doświadczenie sfinansować. Wykonany był przeszczep krtani i przełyku. To też państwo macie w materiałach. W trakcie realizacji całego programu, do 2021 r., odbyło się przynajmniej kilkanaście przeszczepów wysokoinnowacyjnych. Na to zadanie też rezerwujemy przynajmniej 1,5 mln w ciągu roku, w zależności od tego oczywiście, o ile zidentyfikowani zostaną odpowiedni biorca i dawca, to te przeszczepy mogą się odbyć, ale niestety nie zawsze się udaje.

W programie są oczywiście mniejsze zadania, takie jak hodowle skóry, chrząstek, łąkotek, więzadeł – to też są takie rzeczy, które finansujemy. Dalej np. przechowywanie jednostek krwi pępowinowej, które kiedyś były w programie pozyskiwane – one też w tym w tym programie funkcjonują, też są realizowane i finansowane. Szczegółowy wykaz zadań, które realizujemy, z takim pogłębionym opisem zadań o charakterze kluczowym, strategicznym, możecie państwo znaleźć w tych materiałach.

Wychodząc już troszkę poza sam „Narodowy program rozwoju medycyny transplantacyjnej”, bo to nie jest jedyne narzędzie, które staramy się wykorzystywać do tego, aby wspierać medycynę transplantacyjną, kolejnym projektem, którego opis możecie państwo znaleźć w tych materiałach, jest projekt finansowany ze środków unijnych, dotyczący wsparcia procesów jakości dawstwa. Docelowo powinien się on przełożyć właśnie na efektywne identyfikowanie dawców w szpitalach. Początkowo to będzie grupa 50 podmiotów, docelowo będziemy tę grupę rozszerzać. Drugim programem, również ze wsparciem środków unijnych, który powinien w tym roku zostać uruchomiony, jest wsparcie ze środków REACT-EU dla 7 strategicznych ośrodków, jeżeli chodzi o przeszczepianie poszczególnych narządów. Chodzi o wsparcie w wysokości 70 mln, które do 2023 r. też trafi do tych jednostek w zakresie zarówno prac inwestycyjnych, budowalnych, jak i sprzętowych.

Podsumowując, szanowni państwo, mając świadomość tego, że medycyna transplantacyjna ucierpiała w wyniku – mówiąc kolokwialnie, ale może ładnie – starcia z pandemią COVID-19, podejmujemy wszelkie możliwe działania, żeby tym zjawiskom przeciwdziałać. Tam, gdzie jesteśmy w stanie, tam staramy się odpowiednimi zmianami w zakresie finansowania, zmianami organizacyjnymi bezpośrednio oddziaływać na tę sytuację.

Natomiast trzeba też mieć świadomość tego, że są pewne obiektywne przeszkody, przesłanki związane chociażby właśnie z obciążeniem oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii oraz z profilem pacjenta, który znajdował się na tych oddziałach, które de facto spowodowały, że liczba dawców w tym okresie zmalała. Przez to również zaobserwowaliśmy spadek, jeżeli chodzi o liczbę przeszczepionych narządów. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Bardzo dziękuję. Muszę powiedzieć, że bardzo szczegółowo, bardzo profesjonalnie wprowadziła nas pani do dyskusji. Bardzo za to dziękuję. Na pewno niczego nie straciliśmy z tego powodu, że nie gościmy pana ministra na posiedzeniu Komisji – chociaż oczywiście bardzo na niego liczymy. Mam nadzieję, że jeszcze dotrze do nas.

Bardzo proszę przedstawiciela Poltransplantu o zabranie głosu. Proszę uprzejmie.

Dyrektor Poltransplantu Artur Kamiński:

Panie przewodniczący, bardzo dziękuję. W skrócie mówiąc – nic dodać, nic ująć. Myślę, że syntetycznie przedstawiona informacja pokazująca… Może tylko dla uświadomienia części z państwa, którzy może nie wgłębią się w temat – problem jest duży. Spadek dawców wynosi 30–40%. To są bardzo duże liczby, nadrabiane częściowo tym, że jest sytuacja

lepszego wykorzystania dawcy, takim mianem brzydko określana. Usłyszeli państwo o tym od pani naczelnik.

Jak analizujemy miesięcznie, bo takie analizy też posiadamy, jak wyglądało dawstwo, to wtedy, kiedy narastały fale pandemii, liczba zgłaszanych potencjalnych dawców dramatycznie spadała. To wprost korelowało ze zwiększeniem się liczby zakażeń. Tak że ta zależność jest dosłownie widziana. Jeżeli się analizuje oba wykresy – dawstwa i narastania liczby zakażeń – to jest wprost jedno od drugiego zależne. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Szanowni państwo, otwieram dyskusję. Bardzo proszę o zabranie głosu – pan przewodniczący Miller. Proszę uprzejmie.

Poseł Rajmund Miller (KO):

Chciałem się państwa zapytać, jak w tej chwili oceniacie państwo liczbę osób, które potrzebują tych zabiegów w Polsce? Jak długa jest kolejka do tego typu zabiegów? I jaka jest szansa… Oczywiście rozumiemy to, o czym państwo mówiliście, że pandemia spowodowała spadek liczby dawców, ale jak to będzie wyglądało, jeżeli nie będzie pandemii? Zakładajmy, że to była jedna z ostatnich fal. Zatem jak dzisiaj wyglądają potrzeby środowiska pacjentów w stosunku do możliwości?

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Czy są kolejne zgłoszenia? Bardzo proszę – pan poseł Hardie-Douglas. Proszę bardzo. Sygnalizuję, jeżeli ktoś, nie tylko posłowie, ale też zaproszeni goście, którzy są na łączach, chcą zabrać głos, to bardzo proszę zgłaszać chęć zabrania głosu do sekretariatu Komisji.

Proszę bardzo, panie pośle.

Poseł Jerzy Hardie-Douglas (KO):

Chciałem dowiedzieć się o dwie sprawy. Jak dzisiaj wygląda możliwość prawna pobierania narządów do przeszczepów? Wydaje mi się, ale chciałbym to usłyszeć, upewnić się, że nadal obowiązuje w Polsce przepis, że można pobrać narząd od pacjenta zmarłego, jeżeli nie ma jego zastrzeżenia, że tego nie można zrobić. Praktyka, jak wiemy, jest zupełnie inna. Wszyscy starają się uzyskać zgodę rodziny na pobranie przeszczepów, co nie jest do końca, wydaje mi się, prawidłowe w świetle obowiązującego prawa. Chcę wiedzieć, czy to tak wygląda.

Druga sprawa. Przeglądając materiały, które państwo przygotowali, wydaje mi się, że niezwykle niepokojące są tabele mówiące o aktywności szpitali w programie identyfikacji zmarłych dawców. Na przykład w województwie łódzkim – tu jest to określone jako liczba szpitali z potencjałem dawstwa – w Łodzi jest 27, a liczba szpitali aktywnych w programie to 3. Czyli krótko mówiąc, większość szpitali – podobnie jest w innych województwach, ale może nie w takiej skali – po prostu nie jest zainteresowana identyfikowaniem osób, od których można byłoby pobrać wiele narządów i po prostu aktywnie nie uczestniczą. Czy ministerstwo jest w stanie w jakiś sposób wpłynąć na poprawę tej sytuacji, choćby przez jakieś zachęty finansowe? Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Czy są inne zgłoszenia? Może kogoś z gości? Mam taki sygnał. Bardzo proszę.

Fundacja Serce Anielki, pani Jadwiga Hermanowicz-Gadomska. Bardzo proszę.

Prezes Fundacji Serce Anielki Jadwiga Hermanowicz-Gadomska:

Dzień dobry państwu. Czy mnie widać?

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Słychać panią. Bardzo proszę. Proszę mówić.

Prezes Fundacji Serce Anielki Jadwiga Hermanowicz-Gadomska:

Słyszymy znowu podsumowanie za pewien okres działalności narodowego programu, a dlaczego nie mówimy o tym, co nam nie wyszło? To jest kolejny program. Nie ma informacji o tym, kiedy będzie powołany kolejny program dziesięcioletni. Rozliczamy go

etapami, kiedy powinniśmy mieć podsumowanie całego okresu, żeby wiedzieć, w którą stronę powinny iść kolejne środki. Nie ma żadnych informacji odnośnie do tego, w jaki sposób są szkoleni specjaliści i w jaki sposób są wydawane środki, które miały iść na edukację społeczeństwa.

Usłyszeliśmy, że covid był przyczyną spadku pobrań. Odniosę się tylko i wyłącznie do danych pediatrycznych, o których znowu nie mówimy, bo ministerstwo ani słowem nie powiedziało o pediatrii, gdzie też potrzebujemy przeszczepów organów. W 2019 r. średni czas oczekiwania na przeszczep serca wynosił niewiele ponad 200 dni. W 2020 r. dostaliśmy informację… Przepraszam, w 2019 r. – to były dane za rok wcześniej podawane przez Poltransplant. Czyli za 2018 r. – ponad 200 dni wynosił średni czas oczekiwania na przeszczep. W 2020 r. dostaliśmy dane za 2019 r., gdzie średni czas oczekiwania na przeszczep serca u dziecka ponosił ponad 500 dni – covid pojawił się dopiero w 2020 r. W zeszłym roku dostaliśmy informację za rok wstecz i znowu mamy spadek czasu oczekiwania.

Działają aktywnie tylko organizacje pozarządowe, Ministerstwo Zdrowia milczy. Światowy Dzień Donacji i Transplantacji miał być obchodzony w Polsce. Rozumiem, że z powodu covidu nic się nie odbyło, ale dlaczego nie zrobiono żadnej akcji edukacyjnej w kierunku społeczeństwa? Dlaczego nie ma informacji o tym, że przez 10 lat tylko jedna trzecia ośrodków jest aktywna w pozyskiwaniu organów? Dlaczego nie mamy informacji, co sprawia, że większa część ośrodków nie chce pobierać organów?

Teraz stoimy przed kolejnym problemem, ponieważ mamy kryzys humanitarny i ogromną emigrację. To do nas, do fundacji, dzwonią cudzoziemcy z pytaniem, jakie w Polsce są procedury. Czy mamy przygotowane jakiś proces i pomoc dla osób z chorobami przewlekłymi, które przyjeżdżają na teren Polski i będą potrzebowały przeszczepu, a nie mają dokumentu prezydenta? Czy mamy przygotowane strony w tłumaczeniu na język ukraiński, rosyjski dla imigrantów? Oni i ich bliscy też mogą być potencjalnymi dawcami. Ludzie pytają, jakie są u nas przepisy. Czy to ma leżeć tylko na barkach organizacji pozarządowych? Dziękuję pięknie i przepraszam, że tak długo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Wie pani co, ja myślę, że… Po pierwsze, szanowni państwo, chcę powiedzieć, że za chwilę dołączy do nas pan minister, tak że bardzo się z tego cieszymy.

Zanim odpowie pan minister czy pani naczelnik, to ja mogę powiedzieć tyle – wie pani, jeżeli w ciągu 12 dni konfliktu pierwszą rzeczą, która tym wszystkim osobom, które w liczbie miliona osób uciekły do Polski… jest zgłoszenie się do Fundacji Serce Anielki w sprawie tego, w jaki sposób mogą uczestniczyć w przeszczepie, to przyznam szczerze jestem tym zaskoczony. Wydaje mi się, że w ciągu niespełna dwóch tygodni trwania konfliktu, to również te osoby, którym udało się wydostać do Polski, mają – przynajmniej jeszcze w najbliższych dniach – bardzo wiele różnych problemów.

Natomiast zakładam, że wiele spraw, które pani poruszyła, znajduje się w kręgu zainteresowań ministerstwa. Pani naczelnik czy pan minister później pani odpowiedzą. Wydaje mi się, że dobrą metodą i dobrą zasadą jest jednak starać się jako organizacje pozarządowe współpracować, być otwartym na współpracę, a nie na recenzowanie i krytykę. Tak mi się wydaje, że to jest zawsze bardziej skuteczne.

Prezes Fundacji Serce Anielki Jadwiga Hermanowicz-Gadomska:

Panie przewodniczący, ja wszystko rozumiem, ale cały czas…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dobrze, ale ja pani nie udzieliłem głosu, tak? Proszę więc nie nadużywać pewnych zasad. Teraz proszę o zabranie głosu panią profesor Dębską-Ślizień z Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. Bardzo proszę.

Prezes Polskiego Towarzystwa Transplantacyjnego Alicja Dębska-Ślizień:

Szanowni państwo, bardzo dziękuję za zaproszenie. Jestem nefrologiem i transplantologiem, w związku z tym bardzo drogie są mi sprawy transplantacji i naszych chorych biorców. W tych poprzednich wypowiedziach bez przerwy padało słowo: „dawca, dawca,

dawca". Tylko z jeden z przedmówców zwrócił uwagę – co z biorcami, co z listą oczekujących.

Otóż w momencie ogłoszenia pandemii – to był luty 2020 r. – mieliśmy na liście oczekujących około 17% więcej pacjentów, niż mamy teraz. W 2020 r. była zapaść, potem była odbudowa. W 2021 r. utrzymujemy się na stałym poziomie. Walczymy – nefrolodzy, nefrolodzy stacji dializ, przychodni nefrologicznej i oddziałów – o to, żebyśmy mogli zgłaszać pacjentów na listę oczekujących.

Było pytanie o oczekiwanie – jak długo się czeka? W Polsce nie czeka się długo. Od zgłoszenia – 430 dni, od rozpoczęcia dializy – 913, na przeszczep wyprzedzający, czyli bez dializy poprzedzającej – 206 dni. Najlepiej byłoby zgłaszać pacjentów wyprzedzająco, jeszcze bez rozpoczęcia dializ. Kiedy pacjent wchodzi na dializy, jest coraz bardziej zmęczony, musimy dużo więcej wysiłku włożyć w jego zgłaszanie. Brakuje nam w Polsce pomocy logistycznej, legislacyjnej i wszelkiej, jeżeli chodzi o możliwość zgłaszania. Stacje dializ nie mają na to pieniędzy, oddziałów nefrologicznych jest mało, procedury są źle wycenione. To wszystko wiemy.

Potrzebujemy włączenia się państwa, ministerstwa w umożliwienie nam stworzenia ośrodków zgłaszających, tak zwanej opieki koordynowanej, gdzie będzie możliwość kierowania pacjentów, będzie zespół, który będzie się zajmował zgłaszaniem, będą na to również pieniądze. Wtedy będziemy tę listę odbudowywać. Oczywiście może wydłużyć się czas oczekiwania, ale liczymy, że jeżeli zwiększy się liczba dawców, to czas oczekiwania będzie podobny, a nasi wszyscy pacjenci, którzy potrzebują, będą jak najszybciej zgłoszeni na listę. Dokonujemy cudów, żeby w tym systemie, który był, w pandemii, która była, kiedy zamknęły się POZ, kiedy nie można było wielu badań wykonywać, żeby tę listę utrzymać, żeby było na niej około tysiąca pacjentów oczekujących na przeszczep.

Dziękuję. Naprawdę bardzo potrzebujemy – transplantolodzy, nasze środowisko – wsparcia. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Teraz proszę o zabranie głosu pana prof. Gellerta, dyrektora Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego. Proszę bardzo, panie profesorze.

Konsultant krajowy w dziedzinie nefrologii Ryszard Gellert:

Konsultant do spraw nefrologii.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Tak jest, oczywiście.

Konsultant krajowy w dziedzinie nefrologii Ryszard Gellert:

Witam pana przewodniczącego. Witam państwa bardzo serdecznie. Czuję się troszkę wywołany do tablicy.

Rzeczywiście, najczęściej przeszczepianym narządem są nerki. To, co już powiedziała pani prof. Dębska-Ślizień, przewodnicząca Polskiego Towarzystwa Transplantacyjnego, gdyby nie wysiłki nefrologów, o czym będę mówił najprawdopodobniej do państwa jutro, i zapraszam serdecznie na jutrzejsze spotkanie, to żadna transplantacja nerek by się nie odbyła. Kolejki są tak długie, że załatwienie spraw w ramach jednej wizyty ambulatoryjnej czy w ramach wizyt ambulatoryjnych dla osoby, która trzy razy w tygodniu musi być na dializach, jest po prostu niewykonalne; niewykonalne jest, żeby w ciągu pół roku ważności skierowania zrobić wszystkie badania, które są do przeszczepienia. To wszystko się odbywa dzięki nieprawdopodobnemu wysiłkowi, za który jesteśmy zresztą silnie krytykowani.

Chciałem tylko powiedzieć, że czas od momentu rozpoczęcia dializoterapii do momentu włączenia, jak podała pani prof. Dębska-Ślizień, jest podobny do takiego, jaki się obserwuje w krajach, które nie mają takich problemów. Na przykład w Stanach Zjednoczonych okres oczekiwania od momentu wejścia do momentu wejścia na listę oczekujących wynosi mniej więcej 18 miesięcy. Nie jest tak źle. Co więcej, to wpływa bardzo mocno na kształt listy oczekujących. Dlaczego? Dlatego że skoro tak strasznie trudno jest pokonać i utrzymać pacjenta na liście oczekujących, wykonując wszystkie badania, konsultacje, to my musimy wybierać tych pacjentów, którzy naprawdę mają

szansę na przeszczep – nie wszystkich, którzy potencjalnie by się do tego nadawali, kiedyś tam, w przyszłości, biorcy marginalni, żeby wykorzystać takie sformułowanie. Robimy to i rzeczywiście, proszę państwa, jeżeli mamy 800 przeszczepów na 18 tysięcy pacjentów dializowanych, tak jak w zeszłym roku, to jest to bardzo dobry wynik. W Stanach Zjednoczonych poniżej 4% pacjentów dializowanych dostaje co roku przeszczep. U nas jest to więcej, a więc nie ma w ogóle dyskusji o tym czy, tylko jak możemy zrobić, żeby łatwiej było pacjentów i wcześniej można było zakwalifikować.

Konia z rzędem temu, kto zakwalifikuje na listę oczekujących pacjenta, zanim trafi na dializy. Proszę mi wierzyć, to jest droga przez mękę. Przez tę mękę nie chcą przechodzić coraz bardziej młodzi lekarze. Nefrologia jest najsilniej zanikającą specjalizacją wśród rezydentów. Nie ma drugiej, do której tak szybko spadła liczba zainteresowanych. Tyle jeśli chodzi o przyszłość transplantologii od strony nefrologii. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Czy ktoś państwa chciałby zabrać głos? Widzę tu kolejne zgłoszenia. Bardzo proszę, pan poseł Korwin-Mikke. Proszę uprzejmie.

Poseł Janusz Korwin-Mikke (Konfederacja):

Dziękuję bardzo. Bardzo uważnie słuchałem pani prof. Dębskiej-Ślizień i zrozumiałem z tego, że sytuacja zrobiła się ciężka z uwagi na ustawy covidowe i należy teraz coś zrobić, żeby ją poprawić. Otóż mój wniosek jest inny: odwołać ustawy covidowe, tych, co te ustawy przedłożyli i głosowali za nimi, postawić przed sądem, a tych, co te ustawy przedłożyli, postawić za podżeganie do przestępstwa, bo w wyniku tych ustaw właśnie mamy taką sytuację. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję. Obawiam się, że pan chyba jednak źle zrozumiał wystąpienie pani profesor.

Prezes PTT Alicja Dębska-Ślizień:

Absolutnie nie chciałam tego powiedzieć.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Bardzo proszę. Proszę się przedstawić.

Główny specjalista kontroli państwowej w Departamencie Zdrowia Najwyższej Izby Kontroli Grzegorz Wieczorek:

Panie przewodniczący, szanowni państwo, Grzegorz Wieczorek, Najwyższa Izba Kontroli. Chciałem poinformować króciutko o tym, że w ubiegłym roku przeprowadziliśmy kontrolę dotyczącą organizacji i finansowania przeszczepienia narządów. Zakres obejmował między innymi również stan realizacji „Narodowego programu rozwoju medycyny transplantacyjnej", ale nie chcę mówić już o szczegółach, tylko krótko przekażę państwu, że jeszcze w tym miesiącu najwyższe organy państwa otrzymają informacje o wynikach kontroli, pan przewodniczący również.

Nie ukrywam, że z satysfakcją przyjmujemy ostatnie działania ministerstwa dotyczące kwestii właśnie organizacji finansowania przeszczepienia narządów. Natomiast prześledziliśmy stan działań od 2011 r. Generalnie nasza ocena jest dosyć krytyczna co do sytuacji związanej z organizacją i finansowaniem przeszczepienia narządów. W związku z naszą kontrolą zostało zredagowanych 10 wniosków pokontrolnych. Tylko tyle chciałem wspomnieć.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. W takim razie, jak otrzymamy od państwa protokół pokontrolny za ostatnie 10 lat, to się z nim oczywiście zapoznamy. Być może zrobimy kolejne posiedzenie Komisji, które będzie temu poświęcone.

Natomiast chcę też zwrócić uwagę na oceny osób, profesorów, którzy tutaj się też wypowiadali. To, że mówią też o pewnych danych statystycznych, w którym miejscu jesteśmy, przynajmniej jeżeli chodzi o część przeszczepów na tle świata.

Szanowni państwo, pozwólcie teraz, że odniosę się do tej tematyki. Po pierwsze chciałbym nawiązać do głosu pana posła Hardie-Douglasa. Tak, to rzeczywiście jest podstawowa sprawa. Musimy wszyscy mieć tego świadomość – zgodnie z polskim prawem jest

to domniemanie niezgody. Myślę, że na ten temat też warto i należy częściej rozmawiać. Dziękuję, że pan poseł zwrócił na to uwagę. Sądzę, że może warto w ramach pewnego propagowania samej idei przeszczepów, abyśmy my nawet jako Komisja Zdrowia zrobili coś więcej.

Odwołam się do wydarzeń z przeszłości. Otóż pamiętam, że w czasie pierwszej kadencji, w której byłem, mieliśmy taką konferencję prasową ponad podziałami politycznymi, gdzie propagowaliśmy samą ideę przeszczepów, rozdawaliśmy oświadczenia woli wśród osób, które były na terenie Sejmu – posłów, dziennikarzy. Być może warto do takiej akcji wrócić. Później podobne akcje też były w kolejnej kadencji wraz z jedną z organizacji pozarządowych, z którą właśnie taką akcję zawiązaliśmy. Był zespół parlamentarny poświęcony tej tematyce.

Ja generalnie nie jestem zwolennikiem zespołów parlamentarnych, ale być może warto do tego wrócić. Albo bez powoływania zespołu. Podobnie zrobić jakąś akcję propagowania noszenia tych oświadczeń woli. Przyznam, że przez całe lata nosiłem to oświadczenie woli, póki po prostu nie uległo zniszczeniu wskutek użytkowania. Teraz aktualnie nie mam. Moi bliscy oczywiście znają mój stosunek w tej sprawie. Ale być może też – teraz sam do siebie się zwracam – warto wrócić do tych dobrych zwyczajów i namawiać inne osoby? Nie wiem, możemy to różnie nazwać, w zależności od tego, czy ktoś jest wierzący, czy nie, ale na pewno jest to pewien akt oddania, miłości wobec innej osoby, dokonywany przez osobę, która przecież po śmierci swoich organów nie potrzebuje, a one mogą ratować życie innym. Pewnie warto więc o tym mówić.

Pewnie z tym się wiąże też problem – częściowo przynajmniej – dlaczego, jak rozumiem, w niektórych ośrodkach jest więcej sytuacji pobrania, w innych to się prawie nie zdarza albo zdarza się rzadko. To być może jest kwestia po prostu właśnie nastawienia naszych kolegów lekarzy w pierwszej kolejności, ale pewnie nie tylko, więc mamy tutaj z pewnością dużo do zrobienia.

Jeszcze jedna rzecz, o której też będziemy rozmawiać w dniu jutrzejszym – zapraszam też państwa na posiedzenie Komisji Zdrowia, o którym wspomniał pan prof. Gellert, poświęcone przewlekłym chorobom nerek. Rzeczywiście, bo akurat w ostatnim czasie miałam też takie sygnały – w niektórych miejscach w Polsce jest problem z funkcjonowaniem czy utrzymaniem oddziałów nefrologii ze względu na te przyczyny, o których wspomniał pan profesor. Panie ministrze, nie wiem, czy ten czy ta specjalność jest na liście deficytowej, która jest wspierana, jeżeli chodzi o wybór rezydentur, natomiast wydaje mi się, że warto o tym pomyśleć, aby ewentualnie uwzględnić nefrologię. Sytuacje, które znam, to jest posiłkowanie lekarzami z zagranicy, żeby dany oddział mógł funkcjonować.

To tyle z mojej strony. Szanowni państwo, ważny temat, o którym pewnie jeszcze nieraz będziemy rozmawiać, bo mimo pewnych osiągnięć, które mamy w jednej części transplantologii, to niestety – patrząc przez pryzmat wszystkich możliwych przeszczepów – tutaj już pewnie sytuacja jest różna. Niestety są określone problemy. Bardzo proszę, panie… Dziękujemy, panie ministrze, że pan dotarł. Nie wiem, na ile jest pan w stanie odpowiedzieć na pytania, na ile pani naczelnik, która przysłuchiwała się dyskusji od początku. To już pozostawiam to państwu. Bardzo proszę.

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Maciej Miłkowski:

Dziękuję bardzo. Przepraszam za spóźnienie. Jak państwo wiecie, byłem na plenarnym posiedzeniu i doszedłem, jak było pytanie pana posła Korwin-Mikkego i pana z Najwyższej Izby Kontroli. Chciałbym odnieść się do tych dwóch zakresów.

Tak, faktycznie, ostatnio otrzymaliśmy raport Najwyższej Izby Kontroli. Odnieśliśmy się do niego i czekamy na ostateczny raport – z przyjęciem bądź nie naszych uwag. Dziękujemy za to, co państwo dobrze ocenili, nad częścią nadal będziemy pracowali, bo od tego jesteśmy. Na pewno gwarantujemy, że naszym celem jest to, żeby transplantologia w Polsce cały czas się rozwijała i cały czas była lepsza. Widzimy, że w niektórych zakresach w ostatnim roku na pewno jest postęp po okresie 2020 r.

Pan poseł Korwin-Mikke mówił na temat okresu covidowego, który nie sprzyjał w różnych zakresach leczeniu, pobieraniu i przeszczepianiu. Aktualnie, jak pan wie, wiele restrykcji zostało już zmniejszonych. Aktualnie mamy istotny spadek zachoro-

wań na covid. W związku z tym przechodzimy na normalny system organizacji finansowania i pracy pacjentów leczonych z covidem. Jest to ostatni miesiąc odrębnych zasad, odrębnego finansowania. Od 1 kwietnia wszyscy pacjenci będą już rozliczani normalnie, będą finansowani w ramach normalnych umów z Narodowym Funduszem Zdrowia i według normalnych świadczeń, bo pacjenci z covidem z różnymi powikłaniami nadal będą leczeni w szpitalach czy w podstawowej opiece zdrowotnej, czy w ambulatoryjnej opiece. Powikłania pocovidowe również w tym zakresie będą leczone. Do końca miesiąca wiele rzeczy jeszcze będzie przygotowanych.

Poszczególne pytania, jak można, to jest pan dyrektor z Poltransplantu, który odpowiada za całość transplantologii wraz z panią naczelnik po stronie Ministerstwa Zdrowia. Wszystkie bieżące kontrole, kolejne dyspozycje umożliwienia pobrań – cały czas to się toczy i nie zostało zatrzymane przez okres pandemii. Wszystko idzie zgodnie z planem. Zawsze wydajemy decyzję na pięć lat. Oddaję głos pani naczelnik.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Bardzo proszę, pani naczelnik.

Naczelnik wydziału w departamencie MZ Magdalena Kramska:

Dziękuję serdecznie, panie przewodniczący. Jeżeli państwo pozwolicie, to chciałabym w swojej części odpowiedzieć na te pytania w pewnych grupach, bo one tematycznie dotykały podobnych zagadnień. W części dotyczącej statystyki, ale też tej bezpośrednio związanej z koordynacją pobierania, przeszczepiania – tutaj szczegółowe informacje przekaże państwu pan dyrektor Kamiński.

Jeżeli chodzi o kwestie prawne, o które było pytanie, i o kwestie domniemanej zgody, która się pojawia, to oczywiście tak. Natomiast to nie jest tylko kwestia zarejestrowanego sprzeciwu w rejestrze. W tej chwili, od 2017 r., w ustawie posługujemy się sformułowaniem: „autoryzacja pobrania”. Ta autoryzacja pobrania jest rozumiana dosyć szeroko. To jest uzyskanie zgodnego z prawem przyzwolenia na pobranie narządów. Oczywiście zakładamy, że każdy, kto nie wyraził sprzeciwu, powinien być rozpatrywany jako potencjalny dawca narządów.

Natomiast zgodnie z ustawą transplantacyjną dopuściliśmy trzy możliwe formy zgłoszenia tego sprzeciwu. Najprostszą, którą docelowo, po przeprowadzeniu odpowiednich działań edukacyjnych w społeczeństwie, chcielibyśmy utrzymać jako jedyną, jest centralny rejestr sprzeciwów. To jest prosta sytuacja: lekarz, osoba przez niego upoważniona weryfikuje, czy w CRS nie ma zarejestrowanego sprzeciwu danej osoby na pobranie narządów. Jeżeli jest, to definitywnie zamyka to temat, nikt z tym nie dyskutuje.

W tej chwili funkcjonują jeszcze dwie dodatkowe metody, tj. sprzeciw wyrażony pisemnie, który znajduje się przy osobie zmarłej, albo taki, który lekarz koordynator uczestniczący w tym procesie jest w stanie pozyskać, jak również sprzeciw wyrażony ustnie w obecności dwóch świadków, którzy później taką informację poświadczają swoimi podpisami. Stąd bierze się pojęcie autoryzacji pobrania i również koncepcja rozmowy z rodziną w tym procesie – właśnie po to, aby ustalić, czy potencjalny dawca, zmarła osoba nie wyraziła tego sprzeciwu w tych dwóch pozostałych formach.

Jesteśmy też świadomi tego, że czasami jest to formułowane w trakcie tej rozmowy jako sprzeciw rodziny. To jest pewien błąd komunikacyjny. Pracujemy nad tym również w zakresie szkoleń finansowanych z narodowego programu w zakresie komunikacji personelu medycznego z rodzinami osób zmarłych, po to aby te pytania były zadawane w prawidłowy sposób. Na przykład nie w taki sposób: „Czy państwo się zgadzacie?”, tylko raczej: „Czy jesteście państwo świadomi, jaka była wola osoby zmarłej, którą ona za życia wyraziła?”. Stąd tak istotne jest też, żeby o tych kwestiach z najbliższymi rozmawiać, żeby później w tych trudnych chwilach to nie stanowiło dodatkowo obciążenia.

Ostatecznie decyzja o tym, czy uwzględnić taki sprzeciw wyrażony przez rodzinę, czy nie, należy do lekarza koordynatora, który bezpośrednio w tym procesie uczestniczy. Jest też uwarunkowane tym, jak sytuacja konkretnie wygląda. Moglibyśmy oczywiście przyjąć, że zgodnie z literą prawa należałoby doprowadzić do takiego pobrania. Tylko czy skutek tego nie będzie taki, że odbędzie się to z pewną szkodą dla systemu, z pewnym podważeniem podstawowych zasad uszanowania traumy osób, które straciły najbliższą

osobę? Zwłaszcza że są to kwestie również dosyć trudne do udowodnienia, szczególnie jeżeli chodzi o sprzeciw wyrażony ustnie. Zakładamy, że to jest pewne zjawisko, które musi być społecznie akceptowalne. Nie możemy nikogo w tej sytuacji przymuszać przepisami prawa, stąd też w programie prowadzone są bardzo liczne działania edukacyjne, szkoleniowe.

W tym momencie chciałabym nawiązać do tego, o czym mówiła pani Hermanowicz. To nie jest tak, że w programie nie było akcji edukacyjnych czy promocyjnych. Ostatnia z nich zakończyła się w 2020 r. W ramach tej akcji miało się odbyć ponad 400 spotkań w szkołach na różnych poziomach, oczywiście z odpowiednim dopasowaniem treści. Te treści zostały przygotowane przez ekspertów, właśnie po to, by młodzi ludzie, wchodząc w dorosłość, mieli świadomość, jak wygląda system, jak on jest zbudowany, aby w pewien sposób ułatwiać realizację tego procesu. Niestety z uwagi na sytuację covidową w 2020 r. część tych spotkań się nie odbyła, bo szkoły przeszły w tryb nauczania zdalnego.

Jeżeli chodzi o kwestie dotyczące szpitali aktywnych donacyjnie, to w pełni się z państwem zgadzam, to jest problem, który my również zidentyfikowaliśmy. Przynajmniej w tych podstawowych kryteriach szpitale, które spełniają kryteria potencjału dawstwa, to znaczy dysponują OIT-em, oddziałem udarowym – tych szpitali jest około 385. To też nie znaczy, że każdy z nich byłby w stanie zgłaszać dawców w jakiejś liczbie, bo to też zależy od profilu pacjenta, który tam trafia, zakresu świadczeń, których oni udzielają, ale przyjmujemy, że tych szpitali jest przynajmniej kilkaset.

W związku z tym, widząc, że nie wszystkie szpitale realizują w pełni swój potencjał, na ten moment uruchomiliśmy zadanie finansowane ze środków unijnych, czyli wsparcie systemu jakości dawstwa. Za ten projekt odpowiedzialny był jeszcze pan minister Gadomski. Idea była taka, że na razie wdrażamy go jako projekt pilotażowy, dobrowolny. Natomiast po pewnym okresie docelowo zostanie wprowadzony pewien wymóg zgłaszania dawców. Będzie powiązany odpowiednio z wynagrodzeniem za realizację zakładanych celów i wskaźników, jeżeli chodzi o potencjał dawstwa, bądź pewnego rodzaju korektą, jeżeli chodzi na przykład o mnożnik.

Zawsze – przynajmniej taka jest nasza ocena – należy najpierw umożliwić realizację pewnych procesów. Stąd najpierw 50 szpitalach, tj. w 40 narządowych i 10 tkankowych, chcemy ujednolicić szpitalne systemy jakości dawstwa tak, aby po prostu procedura dotycząca tego obszaru działała prawidłowo i aby w ten sposób umożliwić i ułatwić pracę koordynatora transplantacyjnego. To jest też ten kolejny element, który jest w systemie odpowiedzialny za identyfikację, koordynację procesów donacyjnych; również finansowany ze środków narodowego programu.

Jeżeli mogłabym mieć prośbę do pani Hermanowicz, to… Program się kończy, słusznie pani zauważyła. W 2023 r. będziemy musieli przygotować nowy. Jeżeli państwo jako organizacje społeczne, jako organizacje zrzeszające pacjentów macie przemyślenia, jak takie promocyjne działania powinny wyglądać, oceniając nasze dotychczasowe doświadczenia, to też prosimy o to, żeby się takimi przemyśleniami z nami podzielić. Wtedy jesteśmy w stanie w trakcie planowania pewnych zadań uwzględnić, przeanalizować państwa doświadczenia, przemyślenia i być może faktycznie w kolejnej edycji programu takie rozwiązania wdrożyć. Trudno nam jest odpowiedzieć na zapotrzebowanie, jeżeli informacja o nim do nas po prostu nie dociera.

W kontekście czasu oczekiwania i listy oczekujących pan dyrektor Kamiński będzie państwu w stanie przedstawić informacje.

Ostatni punkt, do którego ja bym się chciała odnieść, to są kwestie dotyczące biorcy. To nie jest tak, że my nie widzimy tego biorcy w systemie. Program przez większą część swojego działania – tak naprawdę dopiero od 2020 r.– uwzględnił działania dotyczące donacji. Właśnie dlatego, że nie możemy mówić o liście oczekujących, nie możemy mówić o ośrodkach przeszczepiających, które będą miały efektywnie działać, jeżeli nie będą miały narządów, które będą mogły przeszczepiać. W związku z tym zidentyfikowaliśmy skalę, hierarchię tych problemów, i zaczęliśmy od tych, które w naszej ocenie warunkują wszystkie kolejne. Natomiast ośrodki transplantacyjne wspieramy, jeżeli chodzi o kwestie dotyczące biorcy.

Rozmowy dotyczące tego, jak usprawnić procedurę kwalifikacji biorcy do przeszczepienia nerki, również są prowadzone. W tym tygodniu mamy robocze spotkanie – Poltransplant, my i Agencja Oceny Technologii Medycznych. Nie jest to też więc kwestia, której nie widzimy, zajmujemy się tym tematem. Docelowo myślimy również o wprowadzeniu kolejnego koordynatora do sieci koordynatorów transplantacyjnych, czyli tak zwanego koordynatora biorcy, który będzie właśnie wspomagał pracę regionalnych ośrodków kwalifikujących. Dodatkowo wspieramy tam, gdzie możemy, czyli jeżeli chodzi o diagnostykę, badania, finansowanie, wyposażenie ośrodków przeszczepiających.

Jeżeli są jeszcze jakieś dodatkowe kwestie, które powinniśmy uwzględnić, działania dedykowane dla poszczególnych obszarów, to też prośba z naszej strony, żeby taką informację nam przekazać. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Pan dyrektor jeszcze. Proszę bardzo.

Dyrektor Poltransplantu Artur Kamiński:

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Może przede wszystkim odniosę się do pytania dotyczącego oczekiwania.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Panie dyrektorze, troszkę bliżej mikrofonu, proszę.

Dyrektor Poltransplantu Artur Kamiński:

W kwestii dotyczącej oczekiwania na przeszczepienie na koniec lutego na przeszczep nerki oczekiwało nieco ponad 1000 osób, na przeszczep wątroby – 140, na przeszczep serca – 420, a na przeszczep płuc – 157. Jak wyglądają średnie czasy oczekiwania? One są bardzo różne dla różnego rodzaju narządów, co jest oczywiste. Na przeszczepienie nerki średni czas oczekiwania osoby pierwszorazowo zgłoszonej do przeszczepienia to jest około 900 dni. To jeden z niższych wskaźników na świecie, jeśli chodzi o czas oczekiwania. Możemy się zastanawiać, co jest tego powodem. Zaczynamy od…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Przepraszam, panie dyrektorze, wyjaśnijmy, bo nie wszyscy są lekarzami, że w tym czasie odbywa się dializoterapia, więc to nie jest tak, że pacjent jest zostawiony i czeka. Nie wszyscy mogą o tym wiedzieć. Tu są lekarze, ale nie wszyscy…

Dyrektor Poltransplantu Artur Kamiński:

Tak jest. Wśród nich są pacjenci, którzy wymagają pilnego przeszczepienia, są wśród nich pacjenci, którzy mogą być dializowani przez rok, dwa, trzy, cztery – jest bardzo różnie. Zależy nam na tym, żeby jak najbardziej skrócić czas dializ, bo jednak mimo wszystko on jest dla organizmu dewastujący, patrząc na długi okres trwania.

Jeśli chodzi o czas oczekiwania na przeszczepienie pacjentów wysoko immunizowanych – on jest znacząco dłuższy, dlatego że dla tego rodzaju pacjenta dobór nerki jest niezmiernie trudny. Stąd równolegle dwa działające programy. Jeden – dotyczący monitorowania pacjentów wysoko immunizowanych, żeby znaleźć to okienko, kiedy można mu przeszczepić. Wtedy on na liście alokacji do przeszczepienia pojawia się wyżej, uzyskuje, nazwijmy to, dodatkowe punkty za to, żeby być wyżej. Drugi element wprowadzony w ramach narodowego programu to odczulanie, czyli działanie bezpośrednio na organizm biorcy tak, aby go przygotować do przeszczepienia i później móc dalej prowadzić.

Proszę państwa, jeśli chodzi o czas oczekiwania na przeszczepienie serca w trybie pilnym, to jest to około 90 dni. Trzeba powiedzieć, że to jest czysta statystyka, więc są w tej grupie osoby, które czekają dwa dni, są osoby, które czekają dłużej. Mamy możliwość przetrzymania pacjenta na ECMO. Mamy możliwość wszczepienia pacjentowi sztucznej komory. W związku z tym to też nie jest tak, że każdy pacjent od razu od razu umrze, jeśli nie dostanie przeszczepu.

Jeśli chodzi o przeszczepienie płuc, średni czas oczekiwania w trybie planowym to jest 225 dni. To są pacjenci, u których stopniowo narastają objawy. Natomiast jeżeli mówimy o pacjentach wymagających przeszczepienia w trybie pilnym, to średni czas oczekiwania

w Polsce na przeszczepienie płuca wynosi 16 godzin od zgłoszenia na listę oczekujących na przeszczepienie.

Jeśli chodzi o przeszczepienie wątroby w trybie planowym, to jest to około 120 dni. Znowu – są to pacjenci, którzy nie wymagają trybu pilnego. Oni są przygotowywani do przeszczepienia. Mamy również już w tej chwili możliwość korzystania z urządzeń, które są podobne do dializatorów stosowanych w nefrologii, które pozwalają przynajmniej częściowo zastąpić czynność wątroby. Coraz rzadziej słyszycie państwo o konieczności pilnego przeszczepienia wątroby u osoby, która zatruła się grzybami. W ostatnim roku nie słyszeliście w ogóle. Dlaczego? Dlatego że są urządzenia, które pozwalają na utrzymanie i regenerację takiej wątroby z zastosowaniem urządzeń pozaustrojowych. Średni czas oczekiwania pacjenta w trybie pilnym na przeszczepienie wątroby wynosi 24 godziny. Tak rzeczy wyglądają.

Oczywiście mówimy o statystyce. Są osoby, które wymagają dłuższego oczekiwania. To są sprawy związane z immunologią. To są również sprawy – szczególnie u dzieci – związane z budową. Nie można od dorosłego dawcy albo nawet od dziecka szesnasto-, siedemnastoletniego przeszczepić serca czy płuc dziecku dwuletniemu, bo ono się nie zmieści w określoną jamę ciała. To samo dotyczy wątroby. W związku z tym rzeczywiście diagnozujemy duży problem, jeśli chodzi o przeszczepianie pediatryczne, ale musimy mieć z tyłu głowy również to, że są pewne ograniczenia dodatkowe, wynikające właśnie z tego okresu wzrostowego. Trudno jest porównywać dorosłych z dziećmi, jeśli chodzi o transplantologię.

Jeśli mogę jeszcze jedną rzecz, uzupełniając…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Panie dyrektorze, myślę, że to jest też ważne dla nas wszystkich – te średnie czasy, o których pan mówił, dotyczą całej populacji, czyli i dorosłych, i dzieci średnio, tak? Dla wszystkich?

Dyrektor Poltransplantu Artur Kamiński:

Tak, to jest średnia statystyczna całej populacji oczekujących na krajowej liście oczekujących.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Rozumiemy, że jest to specyfika pediatrii, związana z tym, że w różnym wieku dziecka są różne sytuacje w zależności od fazy rozwojowej. Dobrze.

Dyrektor Poltransplantu Artur Kamiński:

To też, a poza tym warunki fizyczne nie pozwalają na dobre dopasowanie narządów do określonych…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Oczywiście.

Dyrektor Poltransplantu Artur Kamiński:

Proszę państwa, jeśli chodzi o jeszcze jedną rzecz, o której warto jest wspomnieć, to mieliśmy i mamy na całym świecie problemy związane z tym, że nie zawsze wszędzie można dotrzeć. Nawet jeśli jest potencjalny dawca, to nie można na przykład planować pobrania od niego serca, dlatego że czas transportu tego serca do ośrodka przeszczepiającego wyniesie ponad cztery godziny, a to uniemożliwi przeszczepienie.

W związku z tym przez Ministerstwo Zdrowia są podejmowane różne starania, aby wyposażyć ośrodki transplantacyjne w urządzenia do perfuzji. Pojawiły się bowiem i są dostępne na przykład urządzenia również do perfuzji pozaustrojowej płuc i serca. Chcemy, żeby ośrodki posiadały takie urządzenia, żeby zostały w nie wyposażone w najbliższym czasie, abyśmy mogli również korzystać z dobrodziejstwa dawstwa w rejonach, które były dla nas nieosiągalne geograficznie ze względu na czas dojazdu.

Pomijam również… Właściwie nie pomijam – trzeba zwrócić uwagę na to, że bardzo wiele tych pobrań jest realizowanych dzięki pomocy wojska, które udostępnia swoje samoloty, dzięki pomocy Policji, która bardzo często udostępnia swoje śmigłowce. Ostatnio również podpisaliśmy nowe umowy na realizację tej współpracy na kolejne lata.

W związku z tym mamy coraz większą szansę na dotarcie w różne miejsca, które były do tej pory głuche i ciche, jeśli chodzi o dawstwo. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Panie dyrektorze, z powodów, o których też mówiłem – nie wszyscy jesteśmy lekarzami – gdyby pan mógł rozwinąć kwestię tych właśnie odległych miejsc i kwestii wykorzystania perfuzji, gdyby pan mógł trochę więcej na ten temat powiedzieć.

Dyrektor Poltransplantu Artur Kamiński:

Panie przewodniczący, ograniczeniem w konserwacji klasycznej narządu do przeszczepienia po jego pobraniu jest przepłukanie i wypełnienie łożyska naczyniowego płynem konserwującym i schłodzenie tak, aby zachować żywe komórki. Są to przeszczepy, które wymagają żywych komórek do podjęcia swojej czynności po przeszczepieniu. Czas, pozwalający na bezpieczne przeszczepienie tak, żeby wystarczająca liczba komórek przeżyła okres transportu w tym przeszczepie, jest ograniczony, specyficzny dla danego rodzaju narządu. Dla wątroby wynosi około 18 godzin, dla nerek – około 20 godzin, nawet 24 godzin przy schłodzeniu.

Natomiast pojawiły się urządzenia – pierwsze z nich to były urządzenia do perfuzji nerek – pozwalające na wymuszenie obiegu środka konserwującego wewnątrz tego narządu tak, aby zapewnić trwały dowóz czynników odżywczych (nazwijmy to w sposób ogólny) do wszystkich komórek, żeby maksymalnie ograniczyć liczbę komórek, które zginą w czasie transportu. Podobne urządzenia pojawiły się, jeśli chodzi o serce. Jesteśmy również w stanie pozaustrojowo powodować wymuszony przepływ przez naczynia wieńcowe płynu konserwującego i zabezpieczyć komórki przed śmiercią.

Natomiast też musimy pamiętać, że to nie jest perpetuum mobile i nie możemy tego robić w nieskończoność. Są to czasy wydłużające, powiedzmy, dwukrotnie możliwość przechowywania pozaustrojowego pobranego narządu. Dotyczy to płuc, dotyczy to wątroby, dotyczy to serca, więc tych wszystkich praktycznie newralgicznych narządów, o których dzisiaj rozmawiamy. Większość z tych urządzeń to są nowości na rynku. One się dopiero pojawiają bądź pojawiły się w przeciągu ostatniego roku, dwóch lat wstecz. Myślę, że mamy szansę na to, żeby nasze ośrodki, nasze zespoły pobierające wyposażyć w te urządzenia, tak żebyśmy przynajmniej jeszcze o jakiś ułamek procenta… Może nie ułamek procenta – żebyśmy mogli się wzbić, jeśli chodzi o wskaźnik wykorzystania narządów od dawcy z tych 3,4 do 4, powiedzmy. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Bardzo dziękuję. Szanowni państwo, bardzo ciekawa dyskusja. Myślę, że wyczerpaliśmy porządek dzienny. Dziękuję bardzo. Zamykam posiedzenie.